

en a donné une excellente description, ainsi que Billroth dans son *Handbuch der Chirurgie* (1), rédigé avec von Pitha.

Sir William Lawrence avait coutume de dire qu'il n'avait pas connu de malade qui ait guéri lorsque plus de sept médecins avaient été consultés à son sujet. Notre art a fait des progrès depuis. J'eus le bonheur d'être soigné par dix personnes : Sir Thomas Watson, le docteur Burrows, Sir William Jenner, le docteur Gull, le docteur Andrew, le docteur Gee, M. Cæsar Hawkins, M. Savory, M. Thomas Smith, et M. Karkeek, et dans cette foule de conseillers je trouvai le salut. La gratitude que je leur ai vouée est plus grande que je ne puis le dire, plus grande que toutes les marques de mon estime ne pourront jamais le prouver.

(2) Bd I, Abth. II, Heft II, p. 79. Erlangen, 1867.

XIV

NÉCROSE LATENTE

Nécrose osseuse sans phénomènes inflammatoires locaux intenses, et sans symptômes généraux, depuis son début jusqu'à l'issue des séquestres. Analogie de cette affection avec certaines variétés des corps étrangers articulaires, au point de vue de la pathogénie de ces derniers. — Difficultés du diagnostic.

Les phénomènes ordinaires qui accompagnent et suivent la nécrose sont bien connus et décrits ; c'est l'inflammation de tous les tissus qui entourent l'os mort, inflammation atteignant une intensité extrême, s'étendant au loin, conduisant à la suppuration, et s'accompagnant d'une fièvre aussi aiguë qu'elle-même. Au fort de l'inflammation locale, et avec les troubles généraux fébriles, l'exfoliation de l'os mort commence, et ordinairement la suppuration continue jusqu'à ce que l'exfoliation soit complète et le fragment nécrosé enlevé.

Mais toutes les parties essentielles du processus nécrotique, la mort de l'os et son exfoliation, et la formation d'os nouveau, peuvent avoir lieu sans aucun des phénomènes concomitants soit de l'inflammation, soit de la fièvre ; et les cas dans lesquels cela arrive, les cas de *nécrose latente* (*quiet necrosis*) comme je voudrais les appeler, sont d'un

grand intérêt et pour la pathologie et pour le diagnostic.

Mon attention fut fixée pour la première fois sur ces faits par un cas que je communiquai à la Société clinique, et qui est publié dans les *Transactions* de la Société, t. III, p. 183.

Emma L., âgée de dix-neuf ans, bonne à *tout faire*, fut admise à St-Bartholomew's Hospital dans mon service, le 12 octobre 1869. Elle était bien nourrie et musclée, et, si ce n'est qu'elle était un peu pâle, paraissait saine. Elle se plaignait d'une douleur vive dans le genou gauche, pour laquelle elle avait été en traitement pendant un mois. Sa mère mourut d'une affection cardiaque, son père était rhumatisant; elle-même s'était toujours bien portée jusqu'à l'apparition de cette douleur dans le genou.

L'articulation était très-légèrement tuméfiée, avec du liquide dans sa cavité, mais ni chaude, ni sensible. Ce qui semblait plus important, c'était qu'une tuméfaction dure, dont la malade ne savait rien, entourait presque toute la partie moyenne de la diaphyse du fémur. Cette tuméfaction avait à peu près une forme ovale, d'environ 6 pouces de longueur; elle était très-ferme dans tous les points et tendue; une forte pression sur elle était très-douloureuse, spécialement à sa partie moyenne. Tous les tissus de la cuisse paraissaient entièrement sains; aucune de ses parties ne semblait plus chaude qu'une autre: pas de dilatation des veines ni d'engorgement des ganglions lymphatiques. Le pouls était plutôt rapide, mais la respiration et la température paraissaient naturelles; il n'y avait ni fièvre ni signes de troubles généraux, et, sans la douleur du genou, la malade se serait crue en bon état. Elle ne pouvait donner aucun renseignement sur la tuméfaction qui entourait le fémur, si ce n'est qu'elle pouvait être due à ce qu'elle cassait souvent de gros morceaux de bois sur sa cuisse.

Dans la pensée que la tuméfaction péri-fémorale était due à une périostite, on prescrivit à la malade de garder toujours le lit, de prendre trois grains d'iode de potassium trois fois par jour, et de la viande comme régime; enfin d'appliquer des vésicatoires sur la tuméfaction, assez souvent pour maintenir constamment une légère inflammation de la peau.

D'abord on parut obtenir un certain bénéfice du traitement; la tuméfaction devint plutôt moindre, et n'était plus si sensible à la pression. Mais l'amélioration fut de courte durée, et le 2 décembre les doses d'iode de potassium furent portées à 6 grains, et une quinzaine

plus tard à 9 grains, trois fois par jour. A chaque augmentation la douleur et la tuméfaction diminuaient pour quelques jours; mais on ne gagnait aucun avantage réel, et après trois mois de traitement l'état des parties affectées était presque exactement le même qu'à l'entrée de la malade. La douleur dans le genou avait continué avec très-peu de changement, mais le gonflement de l'articulation avait disparu. La santé générale demeurait aussi intacte; pendant toute la durée des trois mois elle n'eut ni frisson, ni grande chaleur, ni soif, ni perte d'appétit....

En consultation il fut décidé qu'on inciserait jusqu'au périoste au point malade. Car il semblait presque certain que c'était un cas de périostite entretenue par la rétention de quelque source d'irritation: pus ou carie, ou quelque chose de semblable. Ce pouvait être une production osseuse peu étendue, recouverte par un périoste enflammé, ou une bourse séreuse enflammée, ou encore une tumeur cancéreuse; mais ceci paraissait trop improbable pour être une objection contre le traitement proposé.

Le 13 janvier, je fis une incision d'environ 6 pouces de long à la partie externe de la cuisse, au niveau de la partie principale et la plus sensible de la tuméfaction. Tous les tissus incisés jusqu'à la face externe du périoste paraissaient parfaitement sains; il n'y avait dans aucun d'eux le plus léger signe de modification inflammatoire. Le périoste était, dans la partie divisée, épais d'un tiers à un demi pouce, et dans toute son épaisseur, dense, induré, blanc et modérément vasculaire. Entre le périoste et l'os, l'incision mit à découvert une cavité aplatie, irrégulière, d'où il sortit un peu de liquide couleur de sang, et qui fut suivi par l'issue d'une sorte de substance molle, pareille à de grossières granulations. Dans cette cavité, qui avait de un pouce à 1 pouce et demi dans ses diamètres, se trouvait un séquestre mince, rugueux, séparé de la paroi du fémur, d'environ un pouce $\frac{1}{4}$ de long et d'un quart de pouce de large. Les parois de la cavité, dont l'externe était formée par le périoste épaissi, et l'interne par la surface creusée du fémur, donnaient une sensation unie et veloutée comme si elles étaient recouvertes de granulations semblables à celles des cavités ordinaires qui contiennent des séquestres (1).

Le séquestre paraissait provenir non des couches les plus externes du fémur, mais des couches situées immédiatement au-dessous d'elles.

(1) Les conditions étaient très-semblables à celles d'une cavité avec granulations sous-cutanées, dans un cas de fracture non consolidée. (*Lectures on Surgical Pathology*, 3^e éd., p. 155.)

Dans un autre cas, un garçon âgé de 13 ans était dans mon service à l'hôpital Saint-Barthélemy pour une tumeur ovoïde volumineuse, entourant la partie supérieure de l'humérus gauche, qui avait augmenté lentement et douloureusement depuis environ une année. On pensa que c'était très-probablement un cancer médullaire solide, mais il y avait encore assez de doute pour justifier une incision exploratrice. Celle-ci fut faite à travers des tissus parfaitement sains jusqu'au périoste, qui était considérablement épaissi, et recouvrait des cavités contenant un pus épaissi, à demi desséché, et plusieurs petits séquestres provenant de la paroi de l'humérus.

Les particularités trouvées dans ces deux cas reçoivent une vive lumière d'une pièce déposée au musée de l'hôpital (1).

Au fémur droit et au tibia gauche de la même personne, de larges portions des couches internes des parois des diaphyses sont complètement séparées après nécrose; mais dans les couches externes, épaissies, qui entourent le séquestre, il n'y a pas d'ouverture pour l'écoulement du pus. « Dans ces circonstances, comme le fait observer M. Stanley (2), il ne faut pas s'attendre à ce que des abcès et des trajets fistuleux se forment dans les parties molles adjacentes aux os. »

Un semblable et très-remarquable exemple de nécrose de la diaphyse du fémur sans suppuration, est survenu à l'hôpital l'an dernier, dans le service de M. Baker, et sera, je l'espère, bientôt publié par lui.

Tous ces cas sont suffisants pour prouver que, quoique rarement, la totalité des périodes ordinaires de la nécrose, excepté l'expulsion de l'os mort, peut s'accomplir tranquillement sans symptômes d'inflammation. Par un processus semblable nous pouvons expliquer la formation de certains corps étrangers articulaires. Il y a deux espèces principales de ces

(1) *Museum Cat.*, vol. I, sous-série A, nos 118, 119.

(2) *Diseases of the Bones*, 1849, p. 79.

corps. Quelques-uns sont des productions anormales des cartilages, formées dans l'arthrite rhumatismale chronique, ou dans les productions dendritiques des franges synoviales, et, pour ainsi dire, détachées accidentellement. D'autres sont des parties du cartilage articulaire lui-même, avec ou sans portion de l'os sous-jacent, qui ont subi une *nécrose latente* et se sont exfoliées dans la cavité de l'articulation.

M. Teale (1) a décrit ce processus de nécrose du cartilage. N'ayant pas connaissance de ce travail, je publiai une description semblable du processus dans les *Hospital Reports* (2), ajoutant à celle de M. Teale seulement le fait que la structure microscopique de ces corps étrangers est identique à celle du cartilage articulaire (3).

Je suis incapable d'expliquer les conditions sous l'influence desquelles prend naissance un processus de nécrose aussi considérablement dissemblable de celui qui a lieu d'ordinaire. Je soupçonne que la mort du fragment d'os ou de cartilage est toujours due à une violence, que le fragment est tué, comme une dent peut l'être, par un coup, et que de même qu'une dent ainsi morte peut être chassée ou exfoliée tranquillement, sans changement de structure ni tout autre signe d'inflammation destructive autour d'elle, de même il en peut être du fragment d'os ou de cartilage. Mais les faits connus sont encore trop rares pour qu'on soit sûr de ce point; et, dans la question du diagnostic, il n'y a pas non plus de signe distinctif d'une nécrose latente; mais la possibilité de son existence doit être présente à l'esprit dans tous les cas obscurs de tuméfaction d'un os.

(1) *Med. chir. Trans.*, vol. XXXIX, p. 31.

(2) Vol. VI.

(3) Quelques pièces de ce genre sont au musée de l'hôpital (série II, 84, et série XXXV, 55), et sont décrites par l'éditeur dans les *Reports*, 1868.

SCROFULE SÉNILE

Existence indubitable de cette affection. Ses caractères sont à peu près les mêmes que ceux de la scrofule *juvénile*. Difficulté du diagnostic de la scrofule chez les vieillards; sa confusion possible avec les manifestations de la goutte et du cancer. Impuissance du traitement antiscrofuleux chez les vieillards.

On admet trop souvent, je crois, que la scrofule est presque exclusivement une maladie de la première partie de la vie (1). Sans doute les jeunes gens sont beaucoup plus souvent sujets à la scrofule que les vieillards; mais, ceux-ci, c'est à-dire au-dessus de soixante ans, sont, je pense, plus souvent scrofuleux que les personnes de trente à cinquante ans, et certainement le sont plus souvent qu'on ne le suppose généralement.

L'existence de la scrofule chez les vieillards est prouvée non-seulement par certaines affections des organes internes auxquelles on peut probablement assigner une origine scrofuleuse, mais par les maladies des ganglions lymphatiques,

(1) La même erreur est dans beaucoup d'esprits touchant la phthisie, bien que l'on ait publié plusieurs exemples très-évidents de phthisie chez des personnes âgées.

des os, des articulations (1), du rachis, des testicules et des autres tissus qui paraissent être les *sièges d'élection* de la scrofule chez les jeunes gens. Il n'y a pas un de ces tissus chez lequel je n'aie vu dans les dernières années de manifestations d'affection scrofuleuse chez des personnes âgées de plus de soixante ans. Les faits paraissent également fréquents dans la pratique privée et hospitalière, et aucune période de la vie n'est trop avancée pour eux; quelques-uns des plus marqués ont eu lieu chez des sujets au-dessus de soixante-quinze ans; l'un d'eux en avait même quatre-vingt onze.

Les caractères de la scrofule chez les vieillards sont, essentiellement, les mêmes que chez les jeunes gens. Je ne

(1) Les deux pièces suivantes se trouvent dans le musée du Collège des Chirurgiens.

N° 1. Hanche, chez laquelle après la destruction par ulcération de la tête et de la partie supérieure du col du fémur, la diaphyse fut portée en haut, de sorte que le reste du col repose sur l'ilium juste au-dessus du bord de l'acétabulum. Le ligament capsulaire a été enlevé, l'acétabulum est rempli de tissu fibreux. Les parois du fémur sont très-minces et légères. Cette pièce provient d'une femme de soixante-dix ans, qui, dix ans avant sa mort, eut une affection de la hanche en apparence scrofuleuse. Des abcès communiquant avec l'articulation s'ouvrirent dans l'aîne, et finalement le membre présenta une rotation et une ascension considérables. Les parties, cependant, finirent par se cicatrifier. La malade mourut d'apoplexie. Après la mort on trouva que ses poumons et son foie étaient tuberculeux (*Path. series, Cat. supplement I. N° 936*).

N° 2. « Les 5 vertèbres cervicales supérieures, et la portion condylienne de l'os occipital sont atteintes d'ulcération (carié) en plusieurs points. L'apophyse transverse droite, et les deux surfaces articulaires supérieure et inférieure du même côté de l'atlas sont entièrement détruites. La maladie a aussi atteint le condyle correspondant de l'occipital, les surfaces articulaires et latérales du corps de l'axis, l'apophyse transverse droite, les parties latérales du corps de la troisième vertèbre, et l'articulation occipito-atloïdienne gauche. Cette pièce fut enlevée du corps du Très-Révérend W. Buckland D. D., doyen de Westminster, qui mourut âgé de soixante-treize ans, le 14 août 1856. Aucuns symptômes ne se manifestèrent pendant la vie, que ceux attribués à la mélancolie. » (*Loc. cit., N° 3406.*)

puis, il est vrai, décrire de particularités frappantes de formes ou de traits par lesquelles on puisse reconnaître les vieillards scrofuleux; mais ils sont généralement d'une santé faible, toujours en imminence morbide, et tombent malades pour des causes provocatrices relativement légères. Ils ont eu des parents faibles, ou de la consommation dans leurs familles; ou bien ils ont été dans leur enfance atteints d'une scrofule évidente, qui fut suivie d'une période de grande délicatesse de santé, puis ils sont arrivés dans l'âge moyen à un état comparativement sain.

Dans ses caractères locaux aussi, la scrofule sénile ressemble à celle de la jeunesse, ou en diffère seulement par sa plus grande lenteur et la dégénérescence plus complète des parties affectées. On observe le même ramollissement lent des tissus, la même ulcération lente et la cicatrisation plus lente encore, avec une suppuration contenant des amas granuleux et des granulations plutôt que des cellules de pus bien formées.

Mais, malgré sa ressemblance avec une affection si bien connue que la scrofule des jeunes gens, la scrofule sénile est quelquefois d'un diagnostic difficile. Dans les parties superficielles, la peau, les membranes muqueuses, on peut hésiter habituellement entre les affections scrofuleuses et la goutte. Mais je pense que le diagnostic peut être posé entre elles en observant les caractères constitutionnels coexistants, ou d'autres marques de maladie. Mais cela est souvent difficile; car la goutte et la scrofule sont souvent par hérédité tellement entremêlées que l'état qui en résulte peut à peine être analysé.

Dans les parties profondes, comme les ganglions lymphatiques, les os et les jointures, la difficulté du diagnostic est plus fréquemment entre la scrofule et le cancer. Chez les

jeunes gens cette difficulté se rencontre rarement; car chez eux le cancer est comparativement rare dans les parties où la scrofule est fréquente. Chez les vieillards, les ganglions lymphatiques et les os sont aussi fréquemment le siège de la scrofule que du cancer primitif. C'est pourquoi, chez les vieillards, la difficulté de diagnostic entre ces deux maladies peut être plus grande et plus fréquente que chez les jeunes gens; mais je pense que cette difficulté est due communément, dans une certaine mesure, à ce que nous nous attendons à trouver du cancer plutôt que de la scrofule chez les personnes âgées. L'accroissement régulier de la fréquence du cancer à mesure que l'âge s'avance, c'est-à-dire l'augmentation de sa fréquence en proportion du nombre de personnes qui vivent encore à un âge avancé quelconque, est bien connue; et cette connaissance prévient en faveur de l'opinion qu'une tumeur chez un vieillard est très-probablement cancéreuse. On présume très-souvent que la scrofule, d'autre part, est très-invraisemblable. Je pense que si le contraire était généralement admis la difficulté ou l'hésitation à reconnaître son existence cesserait presque.

On peut cependant avoir présentes à l'esprit certaines règles générales pour le diagnostic.

Dans les cas d'affections douteuses des os ou de tumeurs douteuses non ganglionnaires, les affections scrofuleuses sont généralement inflammatoires, quoique à forme subaiguë; les cancéreuses ne le sont pas. La sensibilité et la chaleur sont des indices de scrofule plutôt que de cancer, et manquent rarement sur un os scrofuleux, ou autour de lui, à une période quelconque de la vie; dans le cancer elles n'existent que lorsque la partie affectée est accidentellement enflammée.

La douleur spontanée, c'est-à-dire la douleur indépendante des mouvements ou de la pression, indique, si elle est violente, le cancer plutôt que la scrofule; mais c'est un signe très-fallacieux, spécialement dans les premières périodes de l'une ou l'autre affection.

La rougeur au niveau des os malades dénote la scrofule plutôt que le cancer. Lorsqu'elle existe dans une affection scrofuleuse, elle est plus foncée et plus vermeille chez les vieillards que chez les jeunes gens; non-seulement à cause de la moins grande limpidité et du mouvement plus lent du sang vieux, mais à cause de la couleur plus foncée de l'épiderme qui, avec sa dégénérescence pigmentaire brune, voile et nuance la couleur du sang qu'il recouvre.

Dans le diagnostic entre les ganglions scrofuleux et primitivement cancéreux, les principaux indices du cancer sont la dureté ou au moins une grande fermeté du tissu, l'union étroite, les adhérences profondes, la douleur et l'accroissement rapide. Les conditions inverses, surtout lorsque la sensibilité et la rougeur cutanée s'y ajoutent, indiquent communément la scrofule. Parmi les ganglions lymphatiques cervicaux, qui, chez les vieillards, sont les sièges les plus fréquents et de la scrofule et du cancer, les inférieurs sont plus souvent scrofuleux, et les supérieurs cancéreux; l'affection cancéreuse molle primitive est très-rare chez les vieillards, mais moins rare chez les jeunes gens; l'affection scrofuleuse molle ou hypertrophie simple qui est fréquente chez les jeunes gens, est très-rare chez les vieillards; l'affection cancéreuse chez ceux-ci est souvent secondaire à quelque affection primitive comparativement insignifiante; il en est très-rarement ainsi de la scrofule.

Quant au traitement de la scrofule sénile, on n'a que peu de chose à en dire. Je pense que tout ce qui peut être utile

contre la scrofule chez les jeunes gens est, non pas inutile, mais moins efficace chez les vieillards. A mesure que l'âge avance, tous les médicaments qui agissent en augmentant l'activité des processus organiques deviennent, à ce qu'il semble, moins puissants; aussi le fer, l'huile de foie de morue et l'iode ont-ils relativement peu d'influence. Même l'air des hautes montagnes et celui de la mer deviennent, à mesure que l'on avance en âge, moins fortifiants, et cela d'autant plus que la vieillesse est accompagnée d'infirmités qui s'opposent à un exercice actif.